



5007-8. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN TIEMPOS DE REPERFUSIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN

Sergio Huertas Nieto, Nicolás Maneiro Melón, Ivan Gómez Blázquez, Macarena Otero Escudero, Ana Lareo Vicente, María Guisasola Cienfuegos, Anibal Ruiz Curiel, Julio García Tejada, María Teresa Velázquez Martín, Agustín Albarrán González Trevilla, Roberto Martín Asenjo, Héctor Bueno, Rafael Salguero Bodes, Fernando Arribas Ynsaurriaga y Fernando Sarnago-Cebada

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID-19 ha provocado una crisis sanitaria sin precedentes, con posibles consecuencias en la atención del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). El objetivo del trabajo se centró en analizar la repercusión del brote de COVID-19 en el sistema de asistencia en red del IAMCEST.

Métodos: Estudio observacional realizado en un hospital con alto volumen de angioplastia primaria (AP) localizado en una de las regiones de Europa más afectadas por la pandemia. El modo de presentación de los pacientes y los tiempos de actuación de la red asistencial durante el primer mes de confinamiento (periodo COVID) fueron comparados con la cohorte histórica del año previo.

Resultados: Se analizaron un total de 489 activaciones de la red asistencial, 36 acontecidas en el periodo COVID. Durante la pandemia la mediana (rango intercuartílico) del tiempo de isquemia (TI) se incrementó un 46% (4,72 [2,42-7,41] frente a 3,23 [2,25-4,83] horas, $p = 0,014$). Aumentó el tiempo desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico, pero no hubo variación en el tiempo desde el diagnóstico hasta la reperfusión. La demora en el diagnóstico y en la activación del sistema ocurrió en los pacientes que acudieron directamente a un Servicio de Urgencias (SU), pero no en los que solicitaron asistencia a través del Sistema de Emergencias Médicas (SEM).

	Global	Marzo 2019 a 13/Marzo, 2020	14 Marzo, 2020 a Abril 13, 2020	? p
N	489	453	36	
Edad años (media \pm DE)	63,8 \pm 14,1	64,2 \pm 14,3	59,8 \pm 11,3	-4,4 0,035
Sexo (varón) n, %	356 (72,8)	326 (72,0)	30 (83,3)	+11,3 0,140

Primer contacto, n (%)

Centro de referencia	145 (29,7)	142 (31,4)	3 (8,3)	-23,1
Otros centros	179 (36,6)	161 (35,5)	18 (50,0)	+14,5 0,014
SEM	165 (33,7)	150 (33,1)	15 (41,7)	+8,6

Tiempos

Tiempo isquemia h, md (RI)	3,25 (2,25-5,0)	3,23 (2,25-4,83)	4,72 (2,42-7,41)	+1,49 0,014
Tiempo diagnóstico, h md (RI)	1,42 (0,63-3,08)	1,37 (0,62-2,92)	2,57 (1,00-5,53)	+1,20 0,006
Diagnóstico a reperusión, h md (RI)	1,58 (1,18 - 2,13)	1,58 (1,83-2,10)	1,54 (1,24-2,18)	-0,04 0,722
Diagnóstico a sala h, md (RI)	1,17 (0,8-1,65)	1,15 (0,78 - 1,65)	1,17(0,84 - 1,63)	+0,02 0,547
Sala a reperusión h, md (RI)	0,35 (0,26-0,5)	0,37 (0,27- 0,50)	0,35 (0,30 - 0,5)	-0,02 0,607

DE: desviación estándar; SEM: Servicios de Emergencias Médicas; md: mediana; RI: rango intercuartílico.

Conclusiones: Durante el brote de COVID-19 aumentó el TI, a expensas fundamentalmente de un retraso en el diagnóstico del IAMCEST. Concienciar a la población, reorganizar estratégicamente los SU y fortalecer el SEM podría mitigar el impacto de futuros rebrotes.